

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО "ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 68-ой научной сессии сотрудников университета

31 января – 1 февраля 2013 года

ВИТЕБСК - 2013

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, доцент Э.А. Аскерко, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент В.В. Столбицкий, доцент И.А. Флоряну

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.

Материалы 68-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2013. – 663 с.

ISBN 978-985-466-633-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2013

ISBN 978-985-466-633-4

2. На современном этапе высшее образование недостаточно ориентировано на учет и оптимизацию психоэмоциональных состояний, которые могут способствовать повышению эффективности и качества обучения. Одним из возможных способов разрешения данного противоречия является разработка оптимальных психолого-педагогических условий регуляции психоэмоциональных состояний студентов.

3. Наиболее адекватными для оптимизации психоэмоциональных состояний студентов являются технологии, включающие упражнения на мышечную релаксацию (снижают напряжение, уровень возбуждения), дыхательные упражнения (действуют успокаивающе на нервную систему), двигательные упражнения, включающие работу со всем телом (снижают телесные зажимы), что следует учитывать при проведении занятий физкультурой. Так же целесообразно использовать коммуникативные упражнения (развивают межличност-

ное общение и взаимодействие).

Литература:

1. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии : рук. для врачей. / А.Н. Белова. – М.: Медицина, 2004. – 456 с.

2. Буйлов, В. Нервно-психическое состояние студентов / В. Буйлов, Г. Куропова, Н. Сенаторова // Высшее образование в России. – 1996. – С. 35–43.

3. Маркова, Ю.А. Социально-психологические и возрастные характеристики периода студенчества / Ю.А. Маркова, Е.Б. Мареева, Л.Ю. Севидова // Русский мед. журн. – 2004. – № 3. – С. 53 – 58.

4. Милорадова, Н.Г. Студент в зеркале психологии / Н.Г. Милорадова // Архитектура и строительство России. – 1995. – № 9. – С. 33–41.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Ладик Б.Б., Богданов А.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Наблюдаемый в мире рост числа лиц, обнаруживающих признаки неспецифической дисплазии соединительной ткани (НДСТ) привлекает внимание врачей разных специальностей в связи с наличием у них аномалий различных органов и систем. С большей или меньшей степенью выраженности обнаруживаются кожные, скелетные, сердечно-сосудистые, висцеральные, иммунные нарушения, миопия и другие проявления, связанные с соединительноткан-ными структурами.

НДСТ морфологически характеризуется изменениями коллагеновых, эластических фибрилл, гликопротеидов, протеогликанов и фибробластов, в основе которых лежат наследуемые мутации генов, кодирующих синтез и пространственную организацию коллагена, структурных белков и белково-углеводных комплексов [1]. Данные о распространенности НДСТ разноречивы [2], что обусловлено различными классификационными и диагностическими подходами. По самым скромным данным показатели распространенности НДСТ, по

меньшей мере, соотносятся с распространенностью основных социально значимых неинфекционных заболеваний.

В отношении психических расстройств существует небольшое число наблюдений и, чаще всего, они касаются наличия у этих людей вегетативной дисфункции и астенических проявлений.

Цель исследования. Определить у больных, поступающих на стационарное лечение в психиатрическую больницу, с признаками НДСТ, особенности психических расстройств, влияние психофармакотерапии на психопатологическую симптоматику, частоту возникновения осложнений и побочных действий при проведении психотропной терапии, эффективность лечения.

Материал и методы. Обследовано 38 человек имеющих различной степени выраженности признаки НДСТ, среди которых мужчин было 24 и женщин 14. Их средний возраст составлял 32,5 года.

По диагностическим критериям МКБ-10 больные были отнесены в следующие рубрики: 1. Соматоформные расстройства F45 – 7 лиц женского и

2 мужского пола. 2. Обсессивно-компульсивные расстройства F42 – 5 лиц мужского пола. 3. Специфические расстройства личности F60, Расстройства поведения F91. – 9 лиц мужского и 5 женского пола.

4. Острые и транзиторные психические расстройства F23 – 5 лиц мужского и 2 женского пола. 5. Легкое когнитивное расстройство, сочетающееся с системным физическим расстройством F06.71 – 3 лица мужского пола.

Для оценки степени диспластических изменений использовались критерии Т. Милковска-Димитровой, включающие главные (плоскостопие, расширение венозной сети на коже, готическое небо, гипермобильность суставов, патология зрения, деформация грудной клетки и позвоночника, увеличенная растяжимость или дряблость кожи) и второстепенные (аномалия ушных раковин, переходящие суставные боли, арахнодактилия, аномалия зубов, подвывихи суставов) признаки. НДСТ 1-ой (легкой) степени диагностировали при наличии 2-х главных признаков, 2-ой (средней) степени – 3 главных и 2-3 второстепенных, НДСТ 3-ей степени – при наличии 5 главных и 3-4 второстепенных.

Результаты и обсуждение. Относительно больных первой группы следует отметить, что до поступления на лечение в стационар они длительное время обращались за помощью к врачам терапевтам и невропатологам с жалобами на вегетативные нарушения, артериальную гипотензию, общую слабость, головные боли, ортостатические проявления и т.п., которыми устанавливался диагноз ВСД или НЦД, давались общие рекомендации или назначалось малоэффективное лечение. Установление наличия у них признаков НДСТ, с одной стороны, способствовало назначению комплексной терапии, а с другой, – формированию у них реалистичной внутренней картины болезни. Из основных и дополнительных признаков НДСТ у них преимущественно, отмечались костно-мышечные и сердечно-сосудистые аномалии развития.

Пациенты с обсессивными расстройствами кроме легких и умеренно выраженных признаков НДСТ обнаруживали тревожно-мнительные черты характера. Навязчивые страхи касались, в первую очередь, вопросов физического здоровья и жизни, выражаясь в нозофобических и танатофобических переживаниях, которые имели выраженный и стойкий характер. Информирование их о наличии признаков НДСТ проводилось крайне осторожно и в общей форме, для избегания усиления фобических расстройств.

Указывалось лишь, что эти фенотипические особенности могут быть одной из причин болезненного состояния.

Присоединение к проводимому лечению соответствующих лекарственных средств, направленных на коррекцию НДСТ и выполнение рекомендаций по ведению определенного образа жизни, способствовали смягчению психопатологической симптоматики определенной дезактуализации фобических переживаний.

У больных со специфическими расстройствами личности и с расстройствами поведения ведущими проявлениями НДСТ были аномалии костно-мышечно-суставной системы, которые имели средне выраженную и выраженную степень. В личностных проявлениях ведущими были признаки дисгармонического психического инфантилизма. Медикаментозная терапия значительных позитивных изменений не вызывала.

В группе больных с психотическими расстройствами преобладали легко выраженные признаки НДСТ, которые сочетались с умеренно выраженными и выраженными астеническими проявлениями. Психотические расстройства возникали относительно остро с полиморфизмом симптоматики. Основной особенностью их состояния была реакция на проводимую психотропную терапию. Типичные нейролептики антипсихотического действия уже в начальном периоде лечения вызывали достаточно выраженные осложнения, чаще всего в виде острой дискинезии. При переходе на "атипичные" препараты с применением корректоров острые психотические проявления достаточно быстро редуцировались, происходила нормализация психической деятельности.

Больные с когнитивными расстройствами имели наиболее выраженные проявления НДСТ как по основным, так и дополнительным признакам. В психическом статусе этих больных отмечались астенические, обсессивные, аффективные расстройства, носившие стойкий резистентный к терапии характер. По мере взросления у них все более нарастала интеллектуальная несостоятельность, не развивались навыки социального функционирования, отсутствовало стремление к какой-либо плодотворной деятельности. Проводимая терапия с присоединением средств

направленных на проявления НДСТ значительного улучшения не вызывала.

Выводы.

У всех пациентов, поступивших на лечение в психиатрический стационар, в предшествующий период жизни, наличия НДСТ у них не было выявлено и терапевтическая коррекция расстройств не проводилась. У лиц с проявлениями неспецифической дисплазии соединительной ткани могут возникать психические и поведенческие расстройства различного характера. Клинические проявления психопатологических расстройств имеют специфические особенности, обусловленные как самим психическим заболеванием, так и диспластическим фоном, на кото-

ром оно возникает. Лечение психических расстройств следует проводить с одновременной коррекцией нарушения функции тех органов и систем, которые вызваны НДСТ.

Литература:

1. Головской, Б.В. Наследственная дисплазия соединительной ткани в практике семейного врача / Б.В. Головской, Л.В. Усольцева, Н.С. Орлова // Рос. сем. врач. – 2002. – №4. – С. 52–58.
2. Методология курации пациентов с дисплазией соединительной ткани семейным врачом в аспекте профилактики ранней и внезапной смерти / Г.И. Нечаева [и др.] // Рос. мед. вести. – 2004. – №3. – С. 25–32.

НОВЫЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМ «СИНДРОМОМ БОЛЕВОГО ПЛЕЧА»

Лукомский И.В.,¹ Иванченко М.Г.,¹ Груммо, А.М.² Средова И.А.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебская областная клиническая больница»²

Актуальность. Постинсультный «синдром болевого плеча» (ПСБП) или «hemiplegic shoulder pain» является одним из наиболее значимых факторов, негативно влияющих на темп и эффективность восстановления после инсульта, поскольку существенно препятствует проведению этапных реабилитационных мероприятий. Частота этого синдрома, по данным разных авторов, варьирует от 16 до 85%, а клинические проявления чаще всего возникают уже в раннем (1-3 мес) постинсультном периоде [2,3]. Литературные источники, а также результаты наших предварительных исследований, указывают на недостаточную эффективность традиционно применяемого реабилитационного комплекса у данного контингента пациентов [3].

Основываясь на современных представлениях о принципах организации нервной системы и формировании болевых ощущений при развитии ПСБП, в частности, наиболее оправданным представляется системный многоуровневый подход к лечению данной патологии, который предусматривал бы как воздействие на периферические генераторы боли, так и нормализацию

функционирования систем ноци- и антиноцицепции в ЦНС. Такой подход может быть реализован при рациональном комбинировании фармакологических препаратов и средств физио- и кинезотерапии. В связи с вышеизложенным, для лечения ПСБП нам представлялось целесообразным применение препаратов Габагамма[®] и Мильгамма[®] (Wörwag Pharma, Германия), которые хорошо зарекомендовали себя в качестве эффективных средств в борьбе с болью различного генеза, в комбинации с новым методом физиолечения – импульсной магнитоиндукционной терапией.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения препаратов Габагамма[®] и Мильгамма[®] в комбинации с импульсной магнитоиндукционной терапией в комплексном лечении пациентов с ПСБП.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 36 пациентов (20 мужчин и 16 женщин), перенесших ишемический инсульт и находившихся на лечении в реабилитационном отделении УЗ «ВОКБ». Критерием включения пациента в исследование являлось наличие у него боли в области плечевого сустава, ограничивающей объем как активных, так и пассивных движений; в ря-